



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

CENTRO DE SALUD URBANO DE TUXPAN VER,
TUXPAN, VER.

MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
(MOSAMEF)
EN EL MICRO ESCENARIO
CONSULTORIO 2 DEL CENTRO DE SALUD URBANO DE TUXPAN, VER.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR



PRESENTA:

DR. DANIEL CASTILLO MERCADO

TUXPAN, VER.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
(MOSAMEF)
EN EL MICROESCENARIO
CONSULTORIO NO. 02 DEL CENTRO DE SALUD URBANO DE TUXPAN VER,
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.**

**PRESENTA:
DANIEL CASTILLO MERCADO**

AUTORIZACIONES:

**DRA. MARÍA DEL ROSARIO VÁSQUEZ VÁSQUEZ
DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUD URBANO DE TUXPAN VER.**

**DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ CLAVELINA
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS**

**DR. ALFONSO LÓPEZ FIESCO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL I.S.S.S.T.E.**

TUXPAN, VERACRUZ

2008

**MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR (MOSAMEF) EN EL MICRO ESCENARIO
CONSULTORIO 2 DEL CENTRO DE SALUD URBANO DE TUXPAN VER,**

**PRESENTA:
DANIEL CASTILLO MERCADO**

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR:

DR: DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR: FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

A G R A D E C I M I E N T O S

A DIOS

Por la gran oportunidad que me permite, después de muchos años, realizar la presente.

Al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Por la oportunidad que me permiten en el aprendizaje diario, la actualización y
Terminación de la presente

A los Servicios de Salud de Veracruz

A esta noble Institución testiga de este trabajo que hoy complementamos con nuestro
diario trabajo

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Por darme la oportunidad después de mucho tiempo, regresar a sus aulas con el
objetivo de reforzar conocimientos y terminar una etapa de mi vida profesional.

A nuestros pacientes.

Fuente de conocimiento quienes enriquecen continuamente nuestra formación

Al Dr. Gómez Clavelina

Sus conocimientos y paciencia fueron determinantes para esta Tesis

Al Dr. Isaías Hernández Torres

Por su confianza, sus palabras de ánimo y su entusiasmo hicieron posible que este
proyecto llegue a feliz término

A mis profesores del curso

Por compartir sus experiencias.

A mis familiares

Por su apoyo incondicional

DEDICATORIA

A mi mamá (Esperanza)

Aunque con achaques propios de su edad y con secuelas de su enfermedad crónica, merece este renglón especial, no alcanzan estas líneas para agradecer lo que ella siempre sembró en mí, ser Médico, mamá muchas gracias.

A mi esposa

Por ser mi compañera, y madre de mis hijos, por tus constantes palabras de ánimo, al terminar juntos la presente, iniciamos una nueva etapa en nuestra vida, y hacemos realidad lo que por mucho tiempo anhelamos la terminación de la presente.

A mis Hijos

A Daniel por ser mi primogénito y valioso encuestador, con el comparto las respuestas de la encuesta ya que el tuvo las entrevistas con mis pacientes. A mi Fernando por su tiempo, ya que le resté momentos de convivencia importantes en su adolescencia.

A mi suegra Goyita

Por su apoyo.

A mis hermanas Fina y Vicky

Gracias, después de mucho años aquí estamos.

ÍNDICE

	Página
1.- Marco Teórico	1
1.1. Antecedentes del Tema y del Problema	1
1.2. Definición de Atención Primaria a la Salud	2
1.3. La Medicina Familiar en el Contexto de la Atención Primaria	4
1.4. Revisión Histórica del Desarrollo de la Medicina Familiar en México	6
1.5. Perfil del Médico Familiar	8
1.6. Áreas de la Practica Profesional del Médico Familiar	8
1.6.1 El Perfil del Médico Familiar en el PUEM de la UNAM	13
1.6.2 El Perfil del Médico Familiar de WONCA	14
1.6.3 La Atención Primaria orientada a la Comunidad de APOC	15
1.7. Elementos del APOC	17
1.8. El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF)	18
2. Planteamiento del Problema	20
3. Justificación	21
4. Objetivos	22
4.1. Objetivo General	22
4.2. Objetivos Específicos	22
5. Material y Métodos	23
5.1. Tipo de Estudio	23
5.2. Población, lugar y Tiempo	23
5.3. Muestra.	23
5.4. Criterios de Inclusión y Exclusión	23
5.4.1 Criterios de Inclusión	23
5.4.2 Criterios de Exclusión	23
5.4.3 Variables	24
5.5. Recolección de la Información	25
5.6. Procedimientos Estadísticos	25
5.7. Plan de Codificación de los Datos	25
5.8. Diseño y Construcción de la Base de Datos	25
5.9. Consideraciones Éticas	25
6. Resultados	26
6.1. Pirámide Poblacional	26
6.2. Factores Demográficos	27
6.3. Sexo	28
6.4. Edad	28
6.5. Escolaridad	28
6.6. Ocupación	29
6.7. Estructura Familiar	29
7. Discusión	31
8. Conclusiones	33
9. Referencias Bibliográficas	37
10. Anexos	40
10.1. CEBIF 4	41
10.2. Carta de Helsinki	43

1.-MARCO TEÓRICO

1.- ANTECEDENTES

1.1.- ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

En los últimos años del siglo XX la Atención Primaria es el marco ideal para impulsar y desarrollar un programa de actividades preventivas y la promoción de la salud, por tratarse del nivel dentro del sistema sanitario donde la población acude de manera directa y suele respetar los consejos del médico.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS)1978 auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Alma-Ata (Kazajstán) marcó un hito en la historia del pensamiento sanitario mundial esta declaración se define a la APS como “La asistencia esencial, basada en métodos y técnicas prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es “incuestionablemente una propuesta estratégica nacional” quizá la única viable y factible en la situación actual de nuestros países en vías de desarrollo. Sin embargo, su puesta en práctica debe garantizar una mayor equidad en el acceso a los servicios de salud por parte de la población más desprotegida. Equidad no significa simplemente que todos tengan algún servicio, sino que toda la población tenga las mismas oportunidades de acceder al servicio que requiere, ya sea del primero, segundo o tercer nivel de atención; ya sea de promoción de la salud, de protección específica o de atención médica oportuna. (1)

Posteriormente la Primera Conferencia Internacional sobre promoción de la Salud reunida en Ottawa, Canadá en 1986 tomó como punto de partida los progresos alcanzados a raíz de la Declaración de Alma Ata y emitió la Carta de Ottawa, dirigida a la consecución del objetivo “Salud para todos en el año 2000“. En donde se percibe a la salud Como la fuente de riqueza que se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en el trabajo, en el colegio, el hogar, el patio de recreo, la calle, etc., La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa así mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia de asegurar que la sociedad en la que uno vive ofrezca a todos su miembros la posibilidad de gozar un buen estado de salud “La Atención Primaria representa el primer nivel de contacto con el individuo, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud en el lugar donde residen y trabajan las personas, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”. (2)

La crisis en que vivimos, producto de la aplicación de políticas económicas, y de la violencia acentúa los problemas y limitaciones; lo que provoca aumento de la pobreza, favorece la migración de las grandes urbes, un número cada vez mayor de mujeres económicamente productivas, a la vez que haya más desocupados y subempleados y más exigencias y demandas insatisfechas. En suma, cada día disminuye la calidad de vida lo que tiene repercusiones en la salud física, mental y

social, por lo que mantener la salud es cada vez más limitada; curarse resulta hoy en día muy costoso.

Ante esta situación las estrategias fueron fomentar la educación mediante programas sólidos, continuados, planeados con participación de la gente a la cual van destinados, reforzados y apoyados con una política pública saludable.

La asistencia dirigida hacia la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos y propios de cada comunidad, deben ser abordados a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación potenciando al mismo tiempo la auto responsabilidad y participación activa de la comunidad.

Todo esto se acompaña de un incremento en los costos de los sistemas sanitarios, las nuevas tecnologías son caras y necesitan nuevos especialistas para diseño y manejo de las necesidades de la población, que demanda mejores servicios de salud y los recursos no siguen un crecimiento paralelo que permita cubrir totalmente estas necesidades.

Por lo cual se han establecido políticas de salud que delimitan claramente las prioridades de acuerdo a los criterios de Atención Primaria a la Salud (APS) .Algunas de las características de la APS son justicia social e igualdad, auto responsabilidad y, solidaridad internacional y aceptación de un concepto amplio de salud. Los tres pilares de la APS son: participación comunitaria, intersectoriedad y equidad. (3).

Atención Primaria a la Salud		
Participación Comunitaria	Intersectoriedad	Equidad

1.2.- DEFINICIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

¿Qué es la atención primaria de Salud? (4)

1.- Es un conjunto de actividades como son la educación sanitaria, nutrición adecuada, Atención materno-infantil, inmunizaciones, prevención y control de enfermedades endémicas, tratamiento básico de los problemas de salud, provisión de medicamentos esenciales.

2.- Es un nivel de atención es el primer nivel de contacto de la población con los cuidados sanitarios profesionales.

3.- Es una estrategia la cuál debe de ser accesible, atenta a las necesidades de la población integrada fundamentalmente, basada en la participación comunitaria

4.- Es una filosofía, con justicia social, igualdad, solidaridad internacional, auto responsabilidad y aceptación de un sentido amplio del concepto de salud.

El interés por la Atención Primaria y su reorientación se concretan en todo el mundo durante la década de 1970 a través de la OMS primero con su estrategia “Salud para todos en el año 2000” (Asamblea anual de la OMS primero en su estrategia,” Salud para todos en el año 2000” (Asamblea anual de la OMS, 1977 y, posteriormente, en la Conferencia de Alma Ata de 1978, OMS 1978). (5)

La atención Primaria de Salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas; que se ponen al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante la participación de la misma. Y a un costo que la población y el país pueden soportar en cada etapa de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

El propósito de la atención primaria esta fundamentalmente inspirado en la reducción de las desigualdades entre los países y grupos humanos.

El análisis de las necesidades y situaciones con las que ha de enfrentarse la APS permite identificar los grupos de funciones y actividades básicas que debe desarrollar:

- 1.- Diagnostico y tratamiento de enfermedades
- 2.- Actividades de prevención y promoción de las consultas
- 3.- Atención Continua
- 4.- Atención Domiciliaria
- 5.- Educación Sanitaria y acciones preventivas en la comunidad
- 6.- Vigilancia Epidemiológica
- 7.- Derivación de pacientes a otros niveles asistenciales y otras prestaciones sanitarias
- 8.- Cooperación Internacional

El desarrollo de los equipos de salud y la utilización de la documentación clínica han permitido comprobar que más del 90% de la población consulta con su médico de cabecera en un período de 4 a 5 años. La estrategia de “case filding” tiene esta base, y su aplicación permite realizar actuaciones eficaces sobre distintos factores y situaciones de riesgo. (6)

Todo esto basado en equipos multidisciplinarios, el centro de salud es la estructura física y funcional en la que se desarrolla gran parte de las funciones, este asume la responsabilidad de la atención comunitaria.

Otros elementos importantes son:

- Integral: considera al individuo como un ser biopsicosocial
- Integrada: interrelacionar los elementos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación además de reinserción social.
- Continua y permanente: a lo largo de la vida y en cualquier momento
- Activa: resolver las necesidades de salud con referencia especial en la promoción y prevención.

- Accesible: no solo geográfica sino también económicamente, existiendo la equidad
- Basada en el trabajo de equipo; integrado por profesionales sanitarios y no sanitarios
- Comunitaria y participativa: atención de los problemas colectivos
- Programada y evaluable: actuaciones programadas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos de control y evaluación.
- Docencia e investigación: formación continúa de los profesionales del sistema y de investigación.

Los tipos de actividades también van encaminadas a la atención continua y la asistencia domiciliaría, la cuál permite evaluar las posibilidades y limitaciones del entorno familiar, cultural y económico con vista futura a la actualización del equipo de salud.

Los Centros de Salud también desempeñan funciones tales como, atención preventiva, diagnóstico, tratamiento oportuno, rehabilitación y reinserción a la sociedad, atención domiciliaría urgente, vigilancia epidemiológica, educación sanitaria acciones comunitarias preventivas docencia e investigación.

Este debe de contar con una estructura funcional acorde con sus características físicas y sus recursos; lo que hace imprescindible que las directrices establezcan desde niveles centrales, recursos flexibles que permitan la adaptabilidad, para conseguir que el centro de salud funcione adecuadamente.

Dentro de las actividades está la atención domiciliaria, creada para personas que de forma temporal o permanente, se encuentran incapacitadas para desplazarse al centro de salud.

También se otorga el sistema de Cita previa, el cual permite a la población que demanda asistencia a la consulta de su médico; asignando previamente y homogeniza el volumen de asistencia la fecha y hora de atención, con lo cual se reducen los tiempos de espera y homogeniza el volumen de asistencia.

1.3.- LA MEDICINA FAMILIAR EN EL CONTEXTO DE LA ATENCION PRIMARIA.

Sin duda los Médicos de Familia están calificados para analizar muchas de las mejoras que persiguen los políticos, consumidores y profesionales. La Medicina de Familia ha demostrado que puede dar una atención primaria excepcional a los individuos y su familia. Los Médicos de Familia tendrán que ampliar el modelo tradicional médico-paciente y adquirir conocimientos y habilidades para desarrollar una práctica clínica basada en la población. (7) La Medicina Familiar ha sido parte de varias transformaciones, además partiendo del concepto de que la Medicina Familiar es una disciplina que capacita al Médico para brindar atención médica primaria, continua e integral; para el individuo y su familia.

Propiciar la mejoría en la atención primaria tiene como propósito lograr la función óptima a las necesidades de la salud, para ofrecer servicios humanizados en el contexto biopsicosocial del individuo, inmerso en su familia y su comunidad. Esto descansa sobre los siguientes pilares:

- Aprovechamiento de los recursos humanos existentes con una reorientación y definición de las funciones de todos y cada uno de los miembros de los grupos de salud actuales
- Renacimiento de una Medicina General, capaz de resolver y no transferir los problemas, basada en la familia y en la comunidad, más humanizada, con un enfoque del individuo como una unidad biopsicosocial y con un abordaje integral de los aspectos curativos preventivos y de promoción y mantenimiento de la salud.
- Activa participación social de las comunidades, consideradas como socios en el desarrollo, a través de un proceso de motivación, estímulo, orientación, educación y facilitación que le permitan desempeñar su rol preponderante.
- Ordenamiento y coordinación en la utilización de los recursos humanos y materiales provenientes de las instituciones involucradas en la salud y en la proyección de la ecología.
- Programa de motivación y capacitación del personal de salud que permitan el desarrollo de un trabajo de en equipo con actitudes, conocimientos y habilidades que resulten en el cumplimiento de las metas planteadas.
- Reformas administrativas que faciliten el acceso de los individuos al sistema y su atención oportuna mediante sistemas diagnósticos y terapéuticos más expeditos.
- Sistema de evaluación de calidad y de resultados que sirvan de retroalimentación para purificar cada vez el proceso. A pesar de que la asistencia sanitaria basada en la población puede practicarse en un aislamiento relativo, es mucho más eficaz aprovechar las habilidades y la experiencia de diversos profesionales (8)

A partir de estas definiciones y con el propósito de identificar lo que operacionalmente caracteriza al médico familia, se realizaron los elementos sobresalientes del perfil profesional de este trabajador de la salud los cuáles son:

- 1.- Actuar como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud
- 2.- Ejercer sus acciones como refiere la atención primaria con todas sus características.
- 3.- Tanto en el consultorio como en el hogar del paciente
- 4.- Clínicamente interesado en la salud de los pacientes
- 5.- Adecuado cumplimiento de sus responsabilidades
- 6.- Diferenciarse de otras especialidades teniendo un compromiso y responsabilidad con los pacientes y su núcleo familiar.
- 7.- Organizar la práctica profesional no solo a nivel del individuo sino de la comunidad.

1.4.-REVISIÓN HISTÓRICA DEL DESARROLLO DE LA MEDICINA FAMILIAR EN MÉXICO

Las primeras acciones de Medicina Familiar en México se dan en 1953, en esa época, en virtud de la problemática que afrontaban los servicios asistenciales en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), grupo de médicos de esa institución que laboraban en Nuevo León, Tamaulipas, establecieron un procedimiento de trabajo para los médicos de esta área. A diez años de su establecimiento el Instituto se encontraba en plena etapa de crecimiento y expansión, sin embargo los sistemas asistenciales se enfrentaban a numerosas dificultades.

La atención Médica General, incluida la visita domiciliaria se encontraba en una etapa de pobre organización; la consulta externa era controlada por personas de archivo; los enfermos eran atendidos por los médicos adscritos por la unidad asistencial; el registro de la vigencia de derechos y los mecanismos de adscripción a la clínica correspondientes eran deficientes. Frente a este panorama el grupo de médicos referido estableció un nuevo procedimiento a través del cual el médico adscrito a una clínica se le asignaba un número fijo de derechohabientes, se le fijaban tiempos para atender la consulta externa y efectuar visitas domiciliarias previamente solicitadas por los integrantes de las familias encomendadas a su atención.

Este programa tuvo éxito por lo que la institución decidió establecerlo en dos clínicas de la Ciudad de México, en el año de 1955; denominándolo "Sistema Médico Familiar" y el médico contratado tenía el rubro de médico de familia, en virtud de que sus actividades, funciones y responsabilidades se consideraban distintas a las de otros médicos.

En Marzo de 1971, el IMSS planeó y aplicó un programa para la formación en el posgrado de Medicina Familiar, con 32 egresados. Un factor muy importante en el desarrollo del Programa de Postgrado consistió en el reconocimiento que inicialmente la División de Estudios Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y otras universidades dio al curso de especialización en Medicina Familiar. Este reconocimiento se efectuó en 1974 y alentó las expectativas de los estudiantes. En 1974 la Facultad de Medicina de la UNAM, estableció el Primer Departamento de Medicina Familiar en Latinoamérica.

En 1977 la Universidad Autónoma de Nuevo León con una nueva modalidad un Programa Universitario de dos años de duración, con una carga asistencial importante y a partir de marzo de 1980 tanto la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) desarrollaron un programa avalado por la UNAM.

El Plan Único de Especialidades Médicas (PUEM) es un programa de modificación completa a los cursos de especialización reconocidos por la Facultad de Medicina de la UNAM. En 1993 la UNAM a través del Departamento de Medicina Familiar y el ISSSTE forman un convenio para formar a sus médicos generales como Especialistas en Medicina Familiar con un programa que facilitaba al médico continuar

con sus labores asistenciales a la vez que permitía su formación académica como médico de familia. Este programa de capacitación y formación continua tuvo una buena respuesta por parte de los médicos generales cambiando su perfil y las instituciones consideraron extender el programa en varias fases, concluyendo esta formación en el año 2000. (9)

Es importante conocer la historia y tenerla presente, la medicina familiar procede de la medicina general. La profesión médica tal como la conocemos actualmente existe solo desde el siglo XIX desde su origen como medicina científica, la medicina se ha ordenado en su labor asistencial en virtud de razones no estrictamente médicas sino también sociales, económicas.

En el siglo XIX tanto en Europa como en América el médico general cumplía las funciones atribuidas al médico familiar de esta época que era atender a la comunidad como consejero, líder en un estudio constante de esta, ya que se ganaba la confianza de la familia y su acción desbordaba al campo estrictamente médico, ya que cada familia contaba con su médico de cabecera lo que permitía la continúa atención de la familia.

En México La Facultad de Medicina Familiar de la Universidad Autónoma de México percibió la necesidad de médicos familiares y en 1970 inicia el diseño de un plan alternativo en el pregrado que permitiera formar médicos generales de contacto temprano y cercano con la comunidad y con orientación diferente. Surgiendo así en 1971 en Programa de Medicina Integral.

En 1975, la Facultad de Medicina establece el Departamento de Medicina General familiar y Comunitaria, el primero en Latinoamérica.

Así en 1977 la Universidad Autónoma de Nuevo León inició con una nueva modalidad un programa Universitario de dos años de duración con una carga asistencial importante.

Un acontecimiento importante fue la Conferencia de Alma Ata celebrada en 1978 que impulsó la atención primaria y consecutivamente la Medicina Familiar (11)

En 1981 se creó el Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF).

En 1991 se publicó la declaración del Colegio de Médicos Familiares (WONCA).

En la cuál se trata el papel del Médico de Familia en los sistemas de Salud.

El Médico de Familia reconoce las ventajas del trabajo en equipo y su necesidad para optimizar la atención prestada a la población; tiene presente el concepto de limitación de recursos y la necesidad de priorizarlos en su utilización; reconoce la importancia de la información sanitaria como base para la realización de múltiples actividades, acepta la necesidad de las actividades de garantía de calidad por la trascendencia social del trabajo que realiza. (10)

1.5.- PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR:

Para definir el perfil del médico familiar es conveniente especificar las áreas en las que desempeña su ejercicio profesional, los conocimientos, habilidades, actitudes, valores y actividades que debe desarrollar en cada una de ellas. (12)

a.- Actúa como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud. Integra las ciencias biológicas, sociales y de la conducta; su campo de acción se desarrolla sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos y enfermedades.

b.- El ejercicio de sus acciones se refiere a la atención médica primaria, que es integral y continua cual se contraponen a la atención esporádica y fragmentada de otros especialistas, esta atención se lleva a cabo en el consultorio, en el hogar del paciente y en los propios servicios hospitalarios.

c.- A lo largo de su práctica reconoce la necesidad de compartir el estudio, análisis y tratamiento de los problemas de salud de su población, con otros especialistas y trabajadores de la salud. Es el coordinador de los recursos disponibles en la comunidad, para atención de los problemas de salud.

d.- Es por excelencia un clínico genuinamente interesado en la salud de los pacientes cada contacto con ellos es para él una oportunidad para efectuar acciones preventivas y de educación para la salud sin que por ello limite su capacidad para diagnosticar y tratar los padecimientos agudos y crónicos que con mayor frecuencia se presentan en su población.

e.- Busca comprender a sus pacientes, al tiempo que concede importancia central a los aspectos subjetivos de la práctica médica, de tal forma que actitudes, valores, sentimientos y niveles de interrelación son permanentemente analizados y manejados por él, permitiendo fortalecer la relación médico-paciente evitando la despersonalización y la deshumanización de su práctica médica.

f.- El Médico Familiar tiene como compromiso y responsabilidad con la persona y el núcleo familiar, más que con un cuerpo de conocimientos, un grupo de enfermedades o la práctica de una técnica especial. El médico familiar no solo atiende a un conjunto de individuos, sino en términos de una población en riesgo. Por eso, maneja el concepto epidemiológico de riesgo, mismo que se aplica, de nueva cuenta, tanto en lo individual como en lo colectivo. Deberá ser un profesional que trabaja en equipo para orientar de forma integral los problemas de salud de sus pacientes a través de la entrevista clínica, utilizando los métodos diagnósticos y terapéuticos adecuados. (13)

1.6 AREAS DE LA PRACTICA PROFESIONAL DEL MEDICO FAMILIAR.

El Médico de Familia es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continúa a todo individuo que solicite atención médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestan sus servicios

cuando es necesario. Es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario de otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en base a la edad, sexo y/o diagnósticos de los pacientes.

Es conveniente hacer algunas consideraciones: asumir un gran cambio en la sanidad, según lo que se ha llamado el “modelo emergente” caracterizado por aspectos tan “familiares” como la concepción biopsicosocial del paciente, el equipo de trabajo, la orientación comunitaria, la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, la eficiencia, etc., necesaria para la formación continuada en atención primaria.

Se establecieron 5 grandes áreas de práctica profesional del médico familiar, que son las siguientes:

- 1.- Área de atención al individuo
- 2.- Área de atención a la familia
- 3.- Área de atención a la comunidad
- 4.- Área de docencia e investigación
- 5.- Área de apoyo, en la que se incluyen sub.-áreas del médico de familia.

La primera responsabilidad del médico de familia es la de prestar una atención clínica efectiva y eficiente. Para ello, deberá poseer una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que le capaciten para llegar a conocer el origen del problema que causa la demanda (diagnóstico), darle respuesta (tratamiento) y conseguir su desaparición (curación), otra responsabilidad del médico de familia, se extiende a la asistencia de enfermedades agudas y crónicas, sea con carácter urgente, o en la consulta programada, favoreciendo la accesibilidad de la atención del individuo, tanto en el consultorio como en el domicilio. Igualmente, ante problemas más graves y cuando lo juzgue oportuno, el médico de familia coordinará la colaboración de otros especialistas, así como el ingreso hospitalario.

La atención del médico de familia al individuo se realiza en todas las etapas del ciclo vital y en todas las etapas de la historia natural de la enfermedad, podrá participar en el cuidado de la salud en todas sus formas de intervención, mediante la elaboración de la historia clínica, con la exploración física y las pruebas complementarias, se incluye también la práctica del diagnóstico precoz y la búsqueda de factores de riesgo en individuos sintomáticos.

Los pacientes que acuden al médico de familia no presentan habitualmente problemas físicos o psicológicos puros, sino que generalmente muestran una compleja mezcla de factores físicos, psicológicos y sociales. La sociedad demanda la figura de un médico de familia que posea una adecuada y actualizada formación científico-técnica. Pero también se le exige cualidades humanas que le hagan digno de confianza, ya sea para solicitarle consejo en los cuidados de salud, como para recibir apoyo en el sufrimiento de la enfermedad.

El Médico Familiar no es un terapeuta familiar, sino un clínico que entiende y asume la importancia trascendental de la familia sobre cómo y de qué se enferman sus

miembros, teniendo en cuenta su lado positivo, como recurso de la salud, y su lado negativo, como generadora de enfermedad y de conductas de salud erróneas. Reconoce que está en una posición privilegiada para detectar problemas familiares y valorará la intervención en función del problema encontrado y de su propia capacidad en esta área. (14)

El médico de familia, como todo profesional sanitario, busca beneficiar su paciente y nunca perjudicarlo, respetando su autonomía, de acuerdo con la teoría del consentimiento informado, con igual medida por el principio de equidad en la toma de decisiones y en la distribución de recursos.

Actividades del Médico de Familia:

a.- Entrevista clínica, encaminada a determinar los problemas de salud y a crear un clima emocional terapéutico, utilizando técnicas de comunicación que facilite el recoger la información, además de la exploración física.

b.-En el marco de la relación entre el médico de familia y el paciente tiene singular importancia atender situaciones especiales: comunicación de malas noticias, información a enfermos incurables, acompañamiento en acontecimientos vitales estresantes, relación con pacientes difíciles en la consulta.

c.- Utilizar la tecnología adecuadamente para el diagnóstico en la atención primaria y de una forma secuencial

Atención clínico-terapéutica en consulta de urgencia, de demanda y programada, tanto de los problemas agudos más frecuentes como de las enfermedades y problemas de salud crónicos más prevalentes en atención primaria, haciendo una prescripción racional y prestando especial atención a la rehabilitación de los pacientes.

Decidir, con el consentimiento informado del paciente, siempre que sea posible, la colaboración de otros especialistas o profesionales sanitarios, tanto en la comunidad como en el medio hospitalario. Mediante la interconsulta garantizar el tratamiento integral del paciente y dar continuidad al caso

El triángulo formado por los individuos, la familia y el médico constituye la base de la medicina familiar. En su lado positivo, un recurso fundamental en mantenimiento de la salud de sus componentes y también en el cuidado, y la resolución de problemas cuando algunos de ellos enferman. Pero también, en su aspecto negativo, puede ser generadora de enfermedad y perpetuadora de síntomas, hábitos de vida inadecuados y conductas de salud erróneas.

La familia, en su ciclo vital, se encuentra periódicamente sometida a crisis, derivadas tanto de su propia estructura como del crecimiento y maduración de sus miembros por elementos externos como la enfermedad o la muerte. De cómo resuelva la familia estos eventos dependerá su estabilidad y comportamientos futuros. Los problemas de salud o en su grado extremo, la muerte de unos de los miembros de la

familia, ponen en marcha toda una serie de mecanismos destinados a mantener su equilibrio interno, que pueden llevar al grupo a crisis (15). Así mismo debe tener una continua actitud de observación, recogiendo a lo largo de sus múltiples entrevistas con los diversos miembros de la familia información acerca del grupo familiar, valorando la importancia que el mismo tiene como recurso inmediato en el proceso de salud-enfermedad del individuo y estando capacitado para realizar intervenciones mínimas ante crisis familiares que detecte, recurriendo siempre a otros profesionales cuando la dimensión del problema exceda sus límites de competencia.

Ante problemas psicosociales, confusos o indiferenciados, trastornos de la percepción de la enfermedad, mala relación médico-paciente o uso inadecuado de servicios sanitarios, valorará la existencia de disfunciones familiares proporcionando ayuda a las necesidades detectadas teniendo en cuenta sus propia capacidad y los recursos disponibles para ello.

Para el desarrollo de la atención orientada a la comunidad los conocimientos necesarios serán, obviamente los de las disciplinas básicas de la medicina comunitaria destacando la epidemiología como disciplina central, pero debiendo considerar también, en diversos grados de necesidad la estadística, la demografía, la sociología, la economía y la antropología.

Además el médico de familia no es un epidemiólogo, sino un clínico que reconoce la importancia de la epidemiología clínica y la utiliza en su práctica diaria, tanto en la atención individual y familiar como en la orientada a la comunidad.

En primer lugar, su sentimiento de responsabilidad sobre la salud de la comunidad en su conjunto y, por tanto su sentido de anticipación a los problemas, su reconocimiento de los factores del estado de salud, y de su responsabilidad en tratar de modificarlos, y su papel activo en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad: la comunidad en su conjunto pasa a ser también un "paciente del medico".

En segundo lugar: la actitud de tener en cuenta que la salud no es una responsabilidad exclusiva de su práctica profesional ni del sistema sanitario.

En este sentido, el médico de familia deberá considerar el derecho de la comunidad a participar en el proceso de atención a la salud y en la definición de problemas comunitarios, su priorización y las intervenciones sobre los mismos, y promover esta participación cuándo no exista o esté limitada.

Deberá también ser capaz de coordinarse con los recursos de otros sectores distintos del sanitario y, en algunas situaciones, promover esta coordinación.

En tercer lugar: es imprescindible en nuestro contexto, asumir la noción de limitación de los recursos, que obliga el análisis de prioridades en la utilización de los mismo y, por tanto, en la decisión sobre los programas comunitarios a llevar a cabo.

Implícita en todas esta actitud está la noción de la planificación como fase previa a la acción cuya incorporación es básica para conseguir que la práctica del médico de familia se centre en los problemas prioritarios y tenga una orientación comunitaria.

Recopilar y presentar los datos disponibles sobre su comunidad, para delimitarla y caracterizarla. La actividad de recogida de datos sobre su comunidad debe realizarse de forma no exhaustiva, sino centrada en aquellos datos que tengan interés para el conocimiento de la comunidad y la identificación de sus problemas y necesidades, rentabilizando al máximo el tiempo invertido.

Debe realizarse una recolección inicial de información “examen preliminar de la comunidad “y una monitorización de aquellos datos, que permitan seguir la evolución y las características de la comunidad e identificara nuevos problemas.

Identificar los problemas y necesidades de salud de la comunidad. Es preciso utilizar indicadores poblacionales teniendo en cuenta los condicionantes metodológicos de las comunidades pequeñas que permita detectar los problemas que no se reflejan suficientemente en las demandas de los pacientes. Priorizar las intervenciones, de acuerdo a su importancia en la comunidad y a su modificable técnica y operativa.

Diseña programas comunitarios con una metodología rigurosa de planificación que permite la sistematización de las actividades, la racionalidad de recursos y la evaluación de la efectividad, la eficiencia y la equidad. Desarrolla las actividades de los programas.

El médico Familiar reconoce la importancia de las funciones de docencia, formación continuada e investigación para la mejora de su competencia profesional, por un lado, y para elevar el nivel científico de la atención primaria en nuestro país, por otro lado. Por ello, en la medida de sus posibilidades y sin dejar a un lado las funciones asistenciales, se esfuerza en realizar actividades en esta área.

Llevar a cabo acciones de educación para la salud y promoción de la participación comunitaria es una realidad que adquiere cada vez mayor importancia en la vida actual ya que el medico requiere de apoyos como estos para efectuar programas básicos que impacten en la sociedad. El médico de familia debe reconocer la existencia de todos los recursos comunitarios que pueda ser utilizados en el proceso terapéutico y colaborar a su puesta en marcha y en la asesora que le sea solicitada, pero con una actitud de respeto a la autonomía de la dinámica comunitaria, huyendo de una actitud de monopolio de todas las actividades relacionadas con la salud.

El médico familiar es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario que otros profesionales o especialistas que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de la edad, sexo y /o diagnóstico de los pacientes. (16)

1.6.1 EL PERFIL DEL MEDICO FAMILIAR EN EL PLAN UNICO DE ESPECIALIDADES MEDICAS (PUEM) DE LA UNAM.

El perfil comprende tres vertientes: la orientación humano-profesional (el ser) la formación intelectual (el saber) y el desempeño operativo del especialista médico (el saber hacer) A través de una práctica médica sustentada en una metodología educativa centrada en la solución de problemas se propone lograr que el egresado sea un especialista médico altamente competente en su ámbito específico de acción para: (17)

A.- Emplear con eficacia y eficiencia los métodos y técnicas de la atención medica apropiados a las circunstancias individuales y de grupo que afronta en su práctica médica.

B.- Seleccionar, analizar y valorar la literatura médica de su especialidad aplicándola con pertinencia a su quehacer cotidiano con el fin de sustentar, profundizar y ampliar sus acciones profesionales.

C.- Colaborar productivamente en grupos de trabajo interdisciplinario del ámbito de la salud procurando una visión integradora.

D.- Participar en acciones de educación para la salud dirigidas a los pacientes y grupos sociales, así como en la difusión del conocimiento medico a las nuevas generaciones de profesionales de la salud.

E.- Comprender el proceso de formación profesional del médico como fenómeno humano y social, tomando en consideración las condiciones institucionales en las que se realiza el ejercicio y la enseñanza de la medicina.

F.- Tener presente en el ejercicio de su especialidad los principios del humanismo considerando la integridad del individuo y procurar su educación permanente y superación profesional.

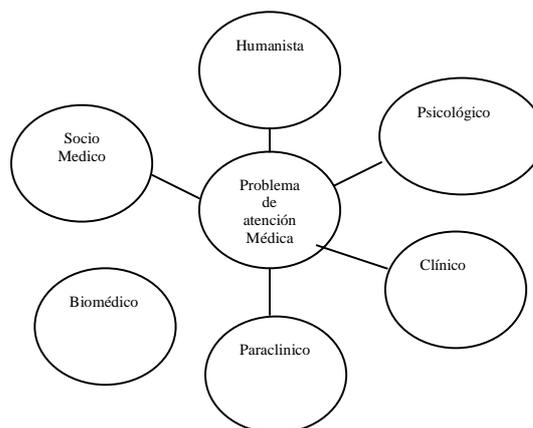


Fig. 1 del PUEM es el modelo ideal de atención primaria. Los aspectos a considerar incluyen las áreas humanista, psicológica, paraclinica, biomédica y socio médica.

1.6.2.- EL PERFIL DEL MEDICO FAMILIAR DE WONCA

Durante los últimos años, en la mayor parte de los países del mundo, se ha vivido un proceso intenso de reformas a los sistemas nacionales de salud. El contexto de tales reformas, el tema de la Medicina Familiar ha estado presente de manera constante, tanto por su importancia como puerta de entrada a los servicios de salud, como por el papel estratégico que, potencialmente, los médicos familiares pueden jugar como líderes en la materia.

En este sentido, el Colegio mundial de Médicos de Familia (WONCA) organización que afilia a las Sociedades Nacionales de Médicos Familiares de 55 países en los 5 continentes han jugado un papel relevante en la promoción de la Medicina Familiar gracias al trabajo que viene realizando desde hace más de 25 años y, en particular, a la coordinación que ha establecido con la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Por su parte la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) organismo que afilia a 15 países de Latinoamérica ,España y Portugal, y en la que esta representado México a través del Colegio Mexicano de Medicina Familiar ha efectuado también un intenso trabajo de promoción técnica, académica y política de la Medicina Familiar en su ámbito de competencia.

Circunstancias históricas ,culturales y de desarrollo de la Medicina Familiar han motivado que los países latinoamericanos afiliados a CIMF no formen parte de WONCA, hecho que ha limitado la vinculación con las Sociedades de Médicos Familiares de otros continentes perdiéndose así importantes oportunidades de asistencia y colaboración internacional.

Sin embargo, conscientes de la necesidad de fortalecer la relación CIMF-WONCA, representantes de ambos organismos han venido trabajando, desde hace tres años, en la búsqueda de mecanismos que permitan formalizar esta vinculación.

Finalmente, en el mes de mayo en Drakensberg, Sudáfrica con motivo de la reunión trianual del Consejo Mundial de WONCA ,instancia integrada por la mesa directiva del organismo y los representantes de los 55 países que lo conforman, el Dr. Javier Domínguez del Olmo, en su carácter de presidente y representante oficial del CIMF, en la mencionada reunión, informó sobre la decisión adoptada por la Junta directiva de CIMF, de incorporar oficialmente a WONCA a los trece países latinoamericanos a ella afiliados (Argentina, Bolivia, Colombia, Cuba, Chile, Dominicana, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela).

La formalización del ingreso del CIMF a WONCA es, ciertamente, un hecho histórico. Sin duda alguna abrirá nuevos puentes de comunicación entre la Medicina Familiar Latinoamericana y la del resto del Mundo.

El perfil del medico familiar del WONCA establece que el médico del primer nivel contacto, debe tener excelencia clínica y destreza para procedimientos manuales o de

consultorio (cirugía menor o procedimientos invasivos), experto en la consulta externa, con atención continua, intradomiciliaria, comunitaria, hogar del adulto mayor, hospitalaria y de urgencias, además de los grupos poblacionales, con y sin factores de riesgo, con un amplio campo de acción (sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos y enfermedades), capaz de ir del individuo, a la familia y la comunidad, integrador de las ciencias biológicas, de la conducta y sociales (Medicina Integral), además de los aspectos educativos, preventivos, curativos y de rehabilitación (Medicina Integrada).

Los profesionales de la medicina familiar han de ser capaces de aplicar un modelo biopsicosocial que permita proporcionar una asistencia integral de calidad, en una gran variedad de marcos asistenciales y a personas que surgen muy diversos problemas de salud. Además han de incorporar, entre sus tareas cotidianas, aspectos sociales de la medicina preventiva y de la promoción de la salud. (18)

1.6.3. LA ATENCION PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD (APOC)

La Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) se define como la practica unificada de la atención primaria individual y familiar con la atención comunitaria, dirigida a mejorar la salud de la comunidad como un todo. Las bases conceptuales del Modelo APOC es una nueva concepción n de la atención primaria surgida en la segunda mitad del siglo XX, junto con la evolución y el uso de la epidemiología y el desarrollo de la salud comunitaria, constituyen los fundamentos del APOC.

La atención primaria orientada a la comunidad (APOC) es un paradigma que puede ayudar a los médicos de familia a equilibrar sus obligaciones respecto al propio paciente y a la sociedad en conjunto. Es una practica unificada de la Atención Primaria Individual y Familiar con la Atención Comunitaria, dirigida a mejorar la salud de la comunidad como un todo (19) El APOC se inicia como una forma de prestación de servicios de atención primaria en los años 40 en Pholela (Sudáfrica). Sydney y Emily Kark ambos médicos de familia, fueron los pioneros en su concepción y desarrollo. Los servicios prestados integraban la atención al individuo, la familia y la comunidad en los aspectos curativos y preventivos. (19)

Los requisitos básicos para el desarrollo del APOC se sintetizan en tres:

- 1.- La existencia de un servicio de atención primaria con las características de accesibilidad, globalidad, continuidad de la atención, coordinación con otros servicios y responsabilidad
- 2.- Interés de los profesionales en ampliar la practica clínica a la atención de la comunidad
- 3.- Focalización de la atención sobre la comunidad en su conjunto, identificando las necesidades de la población, planificando los servicios y evaluando los efectos de la atención prestada.

Las bases metodológicas de la APOC son: una comunidad definida, el uso complementario de las habilidades clínicas y epidemiológicas, el trabajo por programas de salud comunitarios y la participación de la comunidad constituyen las bases sobre las que se desarrolla el proceso metodológico de la APOC., la definición y caracterización de la comunidad es esencial para la práctica de la APOC, dado que delimita la población de la que el equipo asume la responsabilidad sobre su estado de salud. La delimitación es importante no tan sólo para conocer cual es la población a la que ira dirigida nuestra intervención como posteriormente para conocer sobre que individuos deberemos evaluar la efectividad de dicha intervención.

Programas de salud comunitarios que permitan abordar de forma sistemática los problemas de salud identificados como prioritarios. Participación de la comunidad en todas las etapas del proceso .La forma y el grado de implicación de la comunidad en el proceso APOC dependerán de las características culturales y sociales de la población, así como de las características organizativas y motivacionales del equipo de salud.

La epidemiología en la APOC se interesa por la información generada a nivel de la comunidad, la analiza en el propio servicio de atención primaria y la aplica de forma directa sobre esa misma comunidad a través de acciones realizadas por el propio equipo; es una epidemiología local, específica y pragmática. La forma y el grado de implicación de la comunidad en el proceso APOC dependerán de las características culturales y sociales de la población, así como de las características organizativas y motivacionales del equipo de salud.

La metodología de la APOC propone una metodología práctica y experimentada que permite superar el problema de integrar el método clínico (atención primaria dirigida a los individuos y familias) con la estrategia poblacional (atención primaria dirigida a la comunidad). Es un proceso cíclico de planificación que se basa en las necesidades de la población.

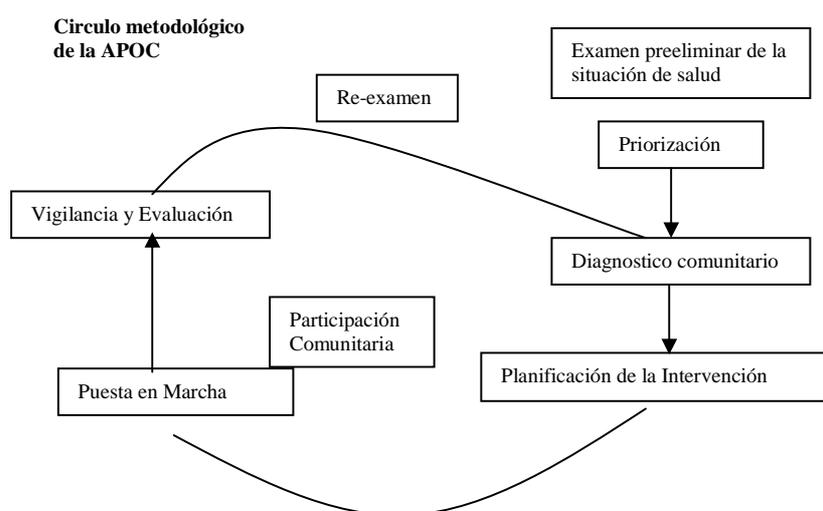


Figura. 2 Ciclo metodológico de la APOC

Las fases del ciclo APOC siguen la metodología de planificación por programas de salud con algunas características específicas y que consiste básicamente en:

- 1.- Examen preliminar de la comunidad: consiste en descubrir y caracterizar a la comunidad atendida, para elaborar un listado con sus principales necesidades y problemas de salud.
- 2.- Priorizar uno o varios de los problemas identificados como más importantes en la población
- 3.- Diagnostico comunitario estudio detallado de la distribución y determinantes de los problemas en la comunidad permite hacer comparaciones y evaluar los cambios producidos por nuestra intervención, tiene como características específicas su carácter selectivo (sobre el problema priorizado) activo (implica la identificación de individuos) y exhaustivo (ya que estudia en profundidad los determinantes del problema en estudio).
- 4.- Planificación del programa de intervención para tratar el problema de salud priorizado: el programa estará basado en los resultados del diagnostico previo realizado.
- 5.- Ejecución de dicho programa
- 6.- Seguimiento y evaluación del programa para decidir la introducción de modificaciones.
- 7.-Preexamen de la nueva situación de salud en la comunidad y de esta manera reiniciar el proceso cíclico.

1.7-ELEMENTOS DEL APOC

El médico de familia heredero del antiguo médico de cabecera, realiza su trabajo en el primer nivel de la Atención Primaria a la Salud. Trabaja, relacionado con la población a la que atiende y no puede limitarse a prestar servicios a personas determinadas, sino que debe atender a personas en el marco de su entorno social: el núcleo el trabajo, la escuela, el conjunto de redes sociales que acostumbramos a denominar comunidad.

Esta situación le obliga a colaborar íntimamente en equipo, con otro tipo de profesionales para obtener una atención globalizadora en su entorno.

Estas son, características intrínsecas a los servicios que presta el médico de familia:

- a.- atención dirigida a las personas, no a las enfermedades
- b.- atención en el marco de una comunidad determinada
- c.- atención en equipo de trabajo multidisciplinario

Podríamos resumir las funciones del médico de familia en:

- 1.- Atención integral al enfermo, acompañada de información pertinente para facilitar la decisión del usuario sobre su salud.
- 2.- Atención preventiva y de promoción de la salud a toda la población
- 3.- Coordinación de la atención prestada por otros niveles del sistema sanitario

4.- Investigación y docencia

Convencidos de que la mejora en los servicios de Atención Primaria es la herramienta más eficiente para mejorar el conjunto de servicios sanitarios. Por ello, es necesario eliminar o paliar los elementos que dificultan el trabajo debería ser una tarea prioritaria.

1.8.- EL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR (MOSAMEF)

El MOSAMEF es un modelo de práctica médica familiar, diseñado por un grupo de profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Autónoma de México (UNAM). Fue dado a conocer desde 1995 en la tercera edición del libro Fundamentos de Medicina Familiar (20)

La motivación inicial para desarrollar este modelo fue presentar en forma de protocolo un esquema de atención sistemática a las familias, dirigido a los alumnos del curso semi presencial de especialización en medicina familiar en diplomado de postgrado efectuado por el Instituto de Seguridad y Servicios de los Trabajadores del Estado y la UNAM.

Hasta el año 2000 lo habían aplicado más de 100 especialistas en medicina familiar en el país. Este ensayo sobre las bases conceptuales del MOSAMEF, no pretende agotar el tema, sino servir de introducción a los principios que sustentan a la especialidad en Medicina Familiar (21) (22)

Existe una estrecha relación entre el perfil del médico familiar en las diferentes definiciones que se mencionaron anteriormente, existiendo una concordancia con lo establecido en el APS derivando ciertas características las cuáles son analizadas y planificadas por el APOC.

En 1992 se aplicó en una zona de España, un programa de atención a la población Adulta denominado: Programa de actividades Preventivas y de Promoción a la Salud impulsado por la Sociedad Española de Medicina y Comunitaria (SEMFYC). Con el objeto de valorar los resultados de estas medidas preventivas y el grado de intervención sobre cada factor de riesgo. (23).

Todo esto no se consolida estratégicamente en un sistema de atención médica por lo cuál surge la necesidad de crear un modelo de atención que cumpla con las características antes descritas y de una manera fácil y rápida de consultar con lo cual surge el MOSAMEF

El concepto de MOSAMEF se origina de tres preguntas fundamentales ¿Como llevar a la práctica los principios esenciales de la Medicina Familiar? ¿Cómo identificar las necesidades de atención, a la salud en las familias? ¿Como verificar que la atención médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias?

Este programa surge como alternativa, con el fin de desarrollar estrategias de promoción a la salud y prevención de las enfermedades así mismo para valorar la

infraestructura de la unidad, elementos demográficos y capacitación técnica del personal, como se represento en el estudio de Nayarit, México,

El MOSAMEF maneja 4 elementos indispensables para su adecuada interpretación y análisis los cuáles son

- a.- En primer lugar los datos básicos de las familias que pertenecen al consultorio ya que lo realizamos al trabajo del micro escenario
- b.- En segundo lugar la construcción de la pirámide poblacional de la población real del consultorio
- c.- En tercer lugar lo constituye la aplicación de programas prioritarios que se llevan a acabo en la unidad
- d.- En cuarto lugar el análisis de las causas de la morbilidad del consultorio relacionadas con la pirámide poblacional.

El MOSAMEF en el micro escenario se aplica por primera vez en la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Joaquín Canovas Puchadas “en Tepic, Nayarit en 1995 donde aplican el instrumento de identificación familiar (Irigoyen-Gómez) para obtener resultados sobre pirámide de población, morbilidad, programas prioritarios y características de la familia.

Posteriormente se realiza otro estudio en el año 1997 donde MOSAMEF se aplica a 74 comunidades distribuidas en 19 a 20 municipios del estado de Nayarit donde los resultados a nivel estatal sobre el estado de salud y los parámetros que permite valorar la CEBIF fueron impactantes para proponer nuevas políticas para la salud y reforzar la acción comunitaria.

La función primaria del medico familiar es ayudar a las familias a que manejen las enfermedades comunes y mostrarles como prevenir, o por lo menos reducir, la posibilidad de futuras enfermedades. El médico familiar debe cumplir esta función dentro de la trama de un sistema social cada vez mas complejo, caracterizado por rápidos adelantos tecnológicos, el médico también debe tomar en cuenta los patrones cambiantes de la enfermedad y las expectativas cambiantes respecto de la salud. (24)

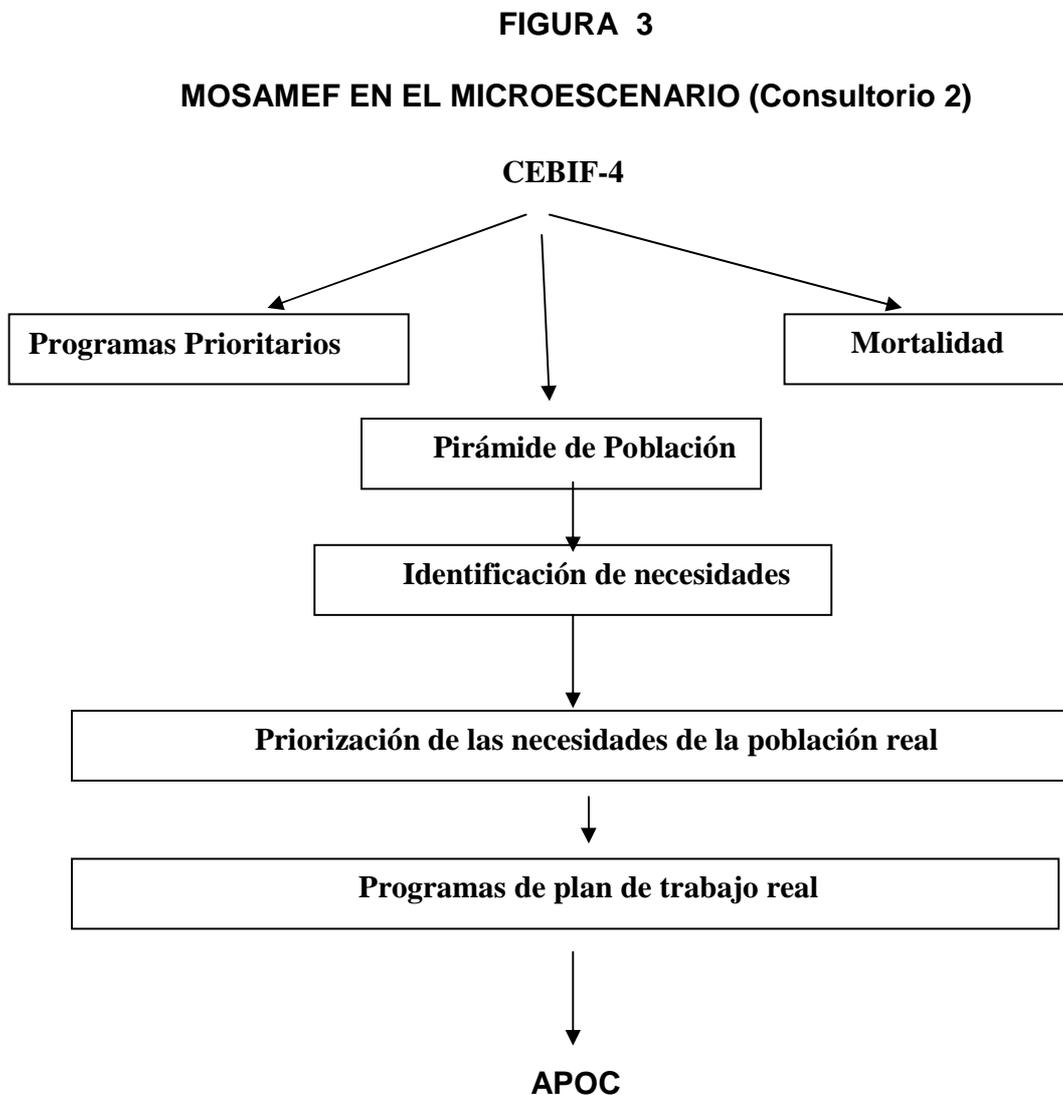
Es indiscutible que contar con una población cautiva, atender todo tipo de episodios de salud, y de enfermedad, atender indistintamente a todos los integrantes de la familia, contar con la posibilidad de desarrollar indicadores de riesgo y estimar probabilidades de ocurrencia de eventos, dan grandes ventajas al practicante de la medicina familiar. (25)

La atención médica familiar basada en la comunidad, espíritu del MOSAMEF es deseable que se logre constituir en un modelo eficaz para los médicos familiares que laboran en instituciones de salud, pero no solo para ese sector de médicos, sino aun para los medidos que realizan práctica privada y también son responsables de una población.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Con lo anterior descrito se considera necesario aplicar un modelo que de resultados reales de las necesidades de la población, ya que se desconoce el diagnóstico epidemiológico, la pirámide poblacional, y las características de las familias que son atendidas en el consultorio 2 del Centro de Salud Urbano de la Ciudad de Tuxpan Ver,

En este trabajo se utilizará el modelo de análisis, MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR (MOSAMEF) el cual identifica a través de la Cédula Básica de Identificación familiar (CEBIF -4), las principales causas de asistencia en la consulta externa, planificación de los programas de salud, características de la familia y la pirámide poblacional, esto en relación a las familias del consultorio 2. Como se aplica en la siguiente figura 3



3.- JUSTIFICACION

Por las razones expuestas la aplicación de este modelo es de gran importancia, para la practica que desempeña el Medico Familiar, ya que con los resultados se podrán planear estrategias de trabajo acordes a las necesidades reales de la población y así obtener datos valiosos para la optimización de los recursos de esta institución, y tratar de mejorar la atención a nuestros derechohabientes y familias, en tal razón , los profesionales de la Medicina Familiar han de ser capaces de aplicar un modelo biopsicosocial que permita proporcionar una asistencia integral de calidad, en una gran variedad de marcos asistenciales y a personas que surgen muy diversos problemas de salud. Además han de incorporar, entre sus tareas cotidianas, aspectos sociales de la Medicina Preventiva y de la Promoción de la Salud. Se pretende también que los principios del perfil del Médico Familiar establecido por WONCA y sus cinco áreas de la práctica de la Medicina Familiar se apliquen con este modelo aunque con algunas limitantes, en el área docente y de investigación, así como también en el área de apoyo y en el área de atención a la comunidad. Sin embargo, se pretende que en el MOSAMEF en el micro escenario, si se aplican los tres `principios básicos de la

Medicina Familiar:

- Estudio de la Familia
- Continuación en la atención
- Enfoque de riesgo

De hecho, la mayor contribución del MOSAMEF en el micro escenario es el estudio de la familia mediante una cédula básica, surge como un modelo el cuál es de gran ayuda de información que permite conocer de manera general las familias con las que se trabaja.

Es de esta forma como el MOSAMEF surge como un modelo el cuál es de gran ayuda, para poder sistematizar, es decir ordenar el conocimiento en Medicina Familiar y de esta forma acceder mejor a él para la mejor integración, diagnostica de las familias, que día con día debemos manejar como Médicos Familiares.

Es por eso que la aplicación, de este estudio es de gran importancia, para la practica de la Medicina Familiar para los Centros de Salud, ya que con los resultados se podrá obtener datos valiosos para la optimización, de los recursos en esta institución, así, como mejorar la atención a los derechohabientes, del mismo modo que se brindarán importantes datos para reforzar la salud, los datos básicos del CEBIF permitirá conocer el panorama general de las familias que se atienden en el consultorio y de esta manera conocer las necesidades o problemas de salud ,la toma de decisiones operacionales aplicadas a las necesidades reales ,las cuáles son obligadamente diferentes a cada clínica o centro de salud y de cada consultorio.

Es por eso que el conocer a las familias a las cuáles se les brinda atención, y que forman parte de una comunidad es muy importante ya que “la familia es la causa de muchos problemas relacionados con la salud “.También es un recurso para resolverlos y para prevenir enfermedades. Un Médico que no logra sacar ventaja de los recursos

familiares disponibles no esta practicando eficazmente la Medicina Familiar .De manera similar, un médico que no logra reconocer cuando los recursos familiares son deficientes e inexistentes, puede descuidar la posibilidad de encontrar con seguridad otros recursos alternos.

Otros beneficios del MOSAMEF en el consultorio, es que permitirá

- Orientar y diseñar estrategias educativas integradas (preventivas, auto cuidado, integración de grupos, orientación individual personalizada, apoyo emocional multidisciplinario, trabajo en equipo con psicólogo, enfermera, odontólogo, y trabajo social, para orientar a los pacientes a redes de apoyo) para la población, basados en su problemática real y tomando en cuenta los programas prioritarios, sus metas y la morbilidad específica.
- Realizar la Pirámide Población esto para conocer, edad y sexo (población joven o anciana, cuál sexo y grupo de edad son mas frecuentes, si existe control o no de la natalidad).
- La información integrada que produzca el MOSAMEF en el micro escenario también permitirá orientar la educación medica continua del responsable del consultorio, a través de un reflexivo análisis de las propias necesidades de capacitación.
- Así mismo se podrán obtener datos que faciliten la identificación de problemas que aumenten actividades de investigación y docencia.

Aplicando el MOSAMEF en el micro escenario se lograra apegarse al perfil del Médico Familiar establecidos por la WONCA, donde el Médico es conocedor de la realidad de su población, del impacto de sus acciones y sus limitaciones, interesado en comprender el contexto de los problemas y en buscar soluciones plausibles y costo efectivas, capaz de resolver el 95% de los problemas; desde signos y síntomas aislados hasta las complejidades derivadas de múltiples padecimientos.

La información que reporta el MOSAMEF en el único micro escenario también tiene un valor de carácter administrativo para la dirección de la clínica ya que orientan de forma más precisa sobre las necesidades prioritarias de los recursos materiales y dirigir mejor las políticas en la planeación de metas de este consultorio.

4.-OBJETIVOS

4.1.- OBJETIVO GENERAL

Identificar las necesidades de Atención Médica en la familia a través de la aplicación del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF) en un consultorio de atención médica familiar.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

4.2.1. Identificar las características básicas de la familia a través de la aplicación de la Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF -4)

4.2.2. Identificar el perfil demográfico del consultorio a través de la construcción de la Pirámide Poblacional

4.2.3. Aplicar la Cédula Básica de información para conocer las características bases de las familias

- 4.2.4. Identificar las diez principales causas de morbilidad en el consultorio.
- 4.2.5. Establecer los fundamentos que permitan y contribuyan a la planeación de estrategias de trabajo del Médico Familiar

2.- MATERIAL Y METODOS

2.1.- TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo, Transversal, Observacional, Prospectivo

2.2.- POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

POBLACION. Se incluyeron a todos los paciente con expedientes clínicos del consultorio² (120) y a todas las familias (550) pertenecientes a dicho consultorio del Centro de Salud Urbano de Tuxpan Ver, El estudio se realizó de Noviembre 2007 a Enero 2008.

2.3. MUESTRA

Se calculo una muestra de trabajo con el 10% de error y 5% de variabilidad y 90% de confianza obteniéndose una población o muestra teórica de (118) familias, la muestra final fue de (120), que representa el 58% de la muestra teórica de todas las familias del consultorio 2.

- 1.- Se propuso realizar 5 cedulas tipo CEBIF por día, implicando de 20 a 30 minutos por cada para su realización.
- 2.- Se cumplió el tiempo establecido de dos meses para alcanzar la meta establecida
- 3.- Existieron bajas de expedientes clínicos
- 4.- Se presentaron familias que asistían frecuentemente, realizándose la encuesta en la primera visita
- 5.- Algunas familias se negaron a contestar la encuesta
- 6.- Algunas familias no contestaron todos los apartados de la encuesta.

2.4.- CRITERIOS:

2.4.1. CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1.- Todos los derechohabientes que se encontraban vigentes en el Centro de Salud en el periodo comprendido de Noviembre 2007 a Enero 2008.
- 2.- Todos los derechohabientes que aceptaron responder el cuestionario en forma completa y voluntaria.
- 3.- Que los informantes fueran mayor de 18 años.
- 4.- Los informantes deben saber leer y escribir

2.4.2.- CRITERIOS DE EXCLUSION:

1.-Derechohabientes que no se encontraban vigentes en sus derechos en el momento de aplicar la encuesta.

2.- Pacientes que no aceptaron contestar el instrumento, en forma completa

3.- Pacientes que no aceptaron contestar el instrumento por diversas causas (llamada a su consulta médica y que luego de terminada esta no deseaban continuar, problemas en la información de los aspectos económicos, información que probablemente estuvo relacionada con la vigencia de derechos de los pacientes, etc.)

5.4.3.- VARIABLES

En este estudio se obtuvo información de la Cédula CEBIF -4 Cedula Básica de Información Familiar, de la cuál se evaluaron (12) variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
EDAD	Periodo de tiempo vivido desde el nacimiento hasta el momento de expirar	Cuantitativa	Ordinal
SEXO	Condición orgánica que distingue el varón de la hembra	Cualitativa	Nominal
ESCOLARIDAD	Grado máximo	Cualitativa	Ordinal
AÑOS DE UNION CONYUGAL	Tiempo de unión conyugal ,expresada en años	Cuantitativa	Discontinua
EDAD DEL PADRE	Edad expresada en años	Cuantitativa	Discontinua
EDAD DE LA MADRE	Edad de la madre expresada en años	Cuantitativa	Discontinua
OCUPACION DEL PADRE	Actividad laboral que desempeña el padre	Cualitativa	Nominal
OCUPACION DE LA MADRE	Actividad laboral que desempeña la madre	Cualitativa	Nominal
ESCOLARIDAD DEL PADRE	Grado máximo de estudios del padre	Cualitativa	Ordinal
ESCOLARIDAD	Grado máximo	Cualitativa	Ordinal
NUMERO DE HIJOS	Numero de descendientes de los padres	Cuantitativa	Discontinua
EDAD DE LOS HIJOS	Edad de los hijos expresada en años	Cuantitativa	Discontinua
CLASIFICACION DE LA FAMILIA CON BASE EN EL PARENTESCO	De acuerdo al vinculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta.	Cualitativa	Nominal
CLASIFICACION DE LA FAMILIA SIN PARENTESCO	De acuerdo al vínculo por consanguinidad más otras personas sin parentesco o grupos sociales	Cualitativa	Nominal
CLASIFICACION DE LA FAMILIA CON BASE EN LA PRESENCIA FISICA Y CONVIVENCIA	Es la clasificación vinculada con la identificación del jefe de la familia y la interacción psicosocial de los miembros de la familia.	Cualitativa	Nominal
CLASIFICACION DE LA FAMILIA CON BASE EN LOS ESTILOS DE VIDA	Representan diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos originados por cambios sociales.	Cualitativa	Nominal
CLASIFICACION DE LA FAMILIA EN BASE A LA ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR	De acuerdo a la evolución en cuanto a las tareas familiares ,en los recursos ,el numero de miembros, en las ganancias y pérdidas potenciales en el sentido de la realización y de la autoestima	Cualitativa	Nominal

2.5. RECOLECCION DE LA INFORMACION

La información se obtuvo con la ayuda de un encuestador que fue capacitado por el investigador durante tres días, en el horario matutino de consulta en la sala de espera del consultorio. Después de presentarse, informar a los pacientes el propósito de la encuesta se aplicó el CEBIF 4.

Para la captura y análisis de la información se utilizaron cédulas elaboradas manualmente y se llenaron mediante paloteo. Se elaboraron tres bases de datos para la CEBIF 4 y una para la Pirámide Poblacional

Los recursos físicos y humanos fueron financiados totalmente por el investigador, tales como material didáctico del encuestador y el capturita ,copias fotostáticas de las encuestas, lápices y plumas en cantidad suficiente, computadoras, programa SPSS, discos compactos y flexibles para computadora, carpetas y lo que fue necesario para la realización de este trabajo

2.6 PROCEDIMIENTOS ESTADISTICOS

El propósito estadístico de esta investigación fue determinar las características de las familias en la población del consultorio 2 matutino de la Centro de Salud Urbano de Tuxpan Ver, Se realiza un estudio por familia (120 familias), que incluyo la CEBIF 4.La muestra fue no aleatoria

2.7.- PLAN DE CODIFICACION DE LOS DATOS

La codificación se realizó al término de la recolección de los datos, obteniéndose promedios, media, mediana, moda, y desviación estándar, entre otras medidas de tendencia central y de razón.

2.8.- DISEÑO Y CONSTRUCCION DE DE LA BASE DE DATOS

A través de hojas tamaño carta se realiza en forma manual el conteo de las características a evaluar las cuales proceden del CEFIB 4

2.9. CONSIDERACIONES ETICAS

Con base en la Ley General de Salud vigente considerando en el Título segundo, Capítulo 1, Artículo 17, 1era Categoría, en materia de Investigación, el presente trabajo se clasifica como una “Investigación sin Riesgo”.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

1.- Investigación sin riesgo:

Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión

de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta; este trabajo corresponde a una investigación sin riesgo según el artículo 17, capítulo 1.2 de las disposiciones comunes del título 2. De los aspectos de investigación en seres humanos del Reglamento de la Ley General de Salud.

Lo anterior en virtud de que la información se obtuvo mediante las respuestas de una entrevista, la cual no provoca daños físicos ni mentales a los pacientes en proceso de investigación.

Así mismo se Apega a las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación Biomédica donde participen seres humanos, contenidas en la 2da Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada por la 52ª. Asamblea General de Edimburgo, Escocia, en Octubre 2000. (26)

3.- RESULTADOS

El total de Cédulas de identificación familiar aplicadas en el consultorio 2 fueron de 120 en su totalidad.

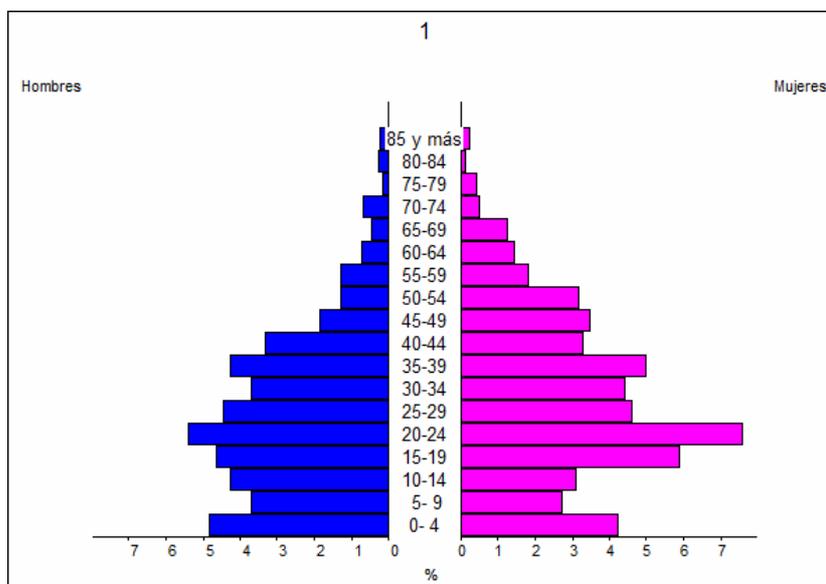
3.1.- PIRAMIDE POBLACIONAL

La Pirámide Poblacional del consultorio 2 turno matutino que se presenta a continuación; esta constituida por 2144 derechohabientes de los cuáles el 54.1% son mujeres y el 45.8% son hombres, demostrando que la población es eminentemente joven ya que se encuentra entre los 20 y 24 años de edad, oscilando la edad media en los 24.5 años de edad, siendo una fuerza de trabajo importante cuyos ingresos económicos tienen impacto en el núcleo familiar, y este grupo es menos vulnerable a las enfermedades.

Debe mencionarse que en la mayoría de los grupos de las mujeres este se encuentra un 2% mayor que el grupo de los hombres.

Por otro lado el grupo de personas en edad de 60 años y más son 148 personas que representan el 6.9% de la población total, superado en gran medida por el grupo de 0-4 años el cuál corresponde a 196 pacientes representando el 9.14%.

PIRAMIDE POBLACIONAL DEL CONSULTORIO N° II DEL
CENTRO DE SALUD URBANO DE TUXPAN, VER



3.2.- FACTORES DEMOGRAFICOS

PARENTESCO

Se obtuvo información por medio de un derechohabiente asignando el calificativo de informante siendo de la siguiente manera, padre 2.5%, madre 79.1%, y el 22% corresponde al hijo, siendo la madre de familia la que más acude a demandar la consulta externa.

**CUADRO I
PARENTESCO DEL INFORMANTE**

INFORMANTE	FRECUENCIA
Padre	03
Madre	95
Hijo	02
TOTAL	120

En relación al estado civil de las 120 familias, los casados corresponden 43.3%, Unión Libre al 45.0%, Divorciados al 3.3%, y la Viudez al 8.3%.

**CUADRO
ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	NUMERO	%
Casados	52	43.3
Unión Libre	54	45.0
Divorciados	04	3.3
Viudos	10	8.3
TOTAL	120	100

3.3.-SEXO

El sexo de los integrantes de la familia del encuestado es predominantemente femenino, con una frecuencia de 1160 que corresponde al 54.1%, respecto al masculino que en total es de 984 correspondiendo a 45.9%.

3.4.-EDAD

La edad promedio de los integrantes de la familia del encuestado es de 29.5 siendo una población eminentemente joven.

3.5.-ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE ENCUESTADO
CUADRO 3

AÑOS DE ESCUELA	FRECUENCIA	%
Sin instrucción	573	26.7
1-6	196	9.1
7-9	977	45.7
10-12	322	15.0
13-17	76	3.5
TOTAL	2144	100

El promedio de la escolaridad de los integrantes de la familia es de 8.43. En el cuadro anterior se detallan porcentajes y frecuencias.

3.6.-OCUPACION

El porcentaje de la ocupación de los familiares del encuestado correspondió a 13.8, amas de casa, mientras que el del obrero corresponde al 41.3%

**OCUPACION
CUADRO 4**

OCUPACION	FRECUENCIA	%
Ama de casa	396	13.8
Estudiante	197	9.1
Empleado	93	4.3
Jubilado	65	3.0
Obrero	887	41.3
Menores de 4 años	196	9.1
Profesional	76	3.5
Técnico	95	4.4
Desempleado	133	6.2
Comerciante	86	4.0
Otras	20	0.9
TOTAL	2144	100

3.7.-ESTRUCTURA FAMILIAR

La estructura familiar de los encuestados se encontró de la siguiente manera: Nuclear 68 familias que pertenecen al 56.6%, Extensa 33 familias las cuales son el 27.5%, y de Extensa Compuesta solo 19 las cuales responden al 15.8%.

**ESTRUCTURA FAMILIAR DEL PACIENTE ENCUESTADO
CUADRO 5**

TIPO DE ESTRUCTURA FAMILIAR	FRECUENCIA	%
Nuclear	68	56.6
Extensa	33	27.5
Extensa Compuesta	19	15.8
TOTAL	120	99.0

Los factores de riesgo encontrados por familia del encuestado se describen con detalle en el siguiente cuadro

**FACTORES DE RIESGO DETECTADOS EN LA FAMILIA DEL ENCUESTADO
CUADRO 6**

FACTOR	FRECUENCIA	%
HIPERTENSION ARTERIAL	87	12.4
DIABETES MELLITUS	157	22.5
OBESIDAD	76	10.9
ALCOHOLISMO	143	20.5
TABAQUISMO	92	13.1
CANCER	20	2.8
PSICOSOCIALES	90	12.9
OTRAS	32	4.5

Se enlistan en lo siguientes cuadros las principales causas de demanda de Atención médica en la Secretaria de Salud, a nivel nacional se obtuvieron por Internet, y del consultorio 2, turno matutino, se capta de la "Hoja Diaria del Médico "durante los meses de Noviembre, Diciembre del año 2007, y de enero 2008,

CUADRO 7

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE SOLICITUD DE CONSULTA A NIVEL NACIONAL, EN LA SECRETARIA DE SALUD (SSA)

NO.	CODIGO	PADECIMIENTO	TOTAL
1	I10X	Infecciones respiratorias agudas	24,636,341
2	JO2X	Infecciones Int. Por otros organismos y las malas defensas	4,616,080
3	J00X	Infección de vías urinarias	3,085,578
4	E11X	Ulceras, gastritis y duodenitis	1,483,232
5	E14X	Otitis media aguda	668,200
6	Z34X	Amebiasis intestinal	574,834
7	J06X	Hipertensión arterial	521,159
8	A09X	Gingivitis y enfermedades periodontales	485,519
9	N39X	Diabetes mellitas no insulino dependiente (tipo II)	404,770
10	Z00X	Otras helmintiasis	333,026

En el siguiente cuadro se enlistan las principales causas de enfermedad las cuáles pertenecen a la categoría de enfermedades no transmisibles (ENT)

CUADRO 8

1	JOOI	Infecciones Respiratorias Agudas	564
2	OO34	Infecciones Intestinales	95
3	ON39	Infecciones de Vías Urinarias	51
4	NW54	Mordedura por Perro	36
5	E149	Diabetes Mellitas Tipo I	35
6	1115	Hipertensión Arterial	30
7	E441	Desnutrición Leve	29
8	K250	Gastritis	16
9	Z00X	Tricomoniasis Vaginal	15
10	A09X	Gastroenteritis	14

4.-DISCUSION

La aplicación de las Cédulas de Identificación Familiar fue satisfactoria, para cubrir una muestra representativa de la población del consultorio No. 2, se identificaron datos muy importantes para conocer el perfil de la población, (Pirámide Poblacional) tales como estado civil, clasificación estructural de la familia, etapa del ciclo vital, factores de riesgo.

En relación a la Pirámide Poblacional del consultorio No. 2, presenta una base amplia y un vértice pequeño, fenómeno opuesto con la pirámide poblacional nacional, donde la base tiende a disminuir, y el vértice a aumentar, es de llamar la atención que nos encontramos con una población joven misma que se convierte en una fuerza de trabajo determinante, para esta comunidad. El grupo etareo de predominio fue de 20 a 24 años de edad, con ligero predominio para las mujeres

En relación al estado civil de las familias en estudio predomina la Unión Libre 45.0%, seguido por los casados que representan un 43.3%, y la viudez que representa un 8.3, independientemente de este estado las familias son nucleares.

La población en turno en cuánto años de estudio el 45.7% de la misma, tiene entre siete y nueve años de escuela, es decir su equivalente a primaria completa, así como de secundaria, hecho que se refleja quizá en las enfermedades que esta comunidad representa, solo el 3.5% tiene entre 13 y 17 años de escuela, se estaría hablando de un 3.5% de profesionales, un numero bajo para la población eminentemente joven que refleja la pirámide poblacional, sin embargo el grado de desempleo 6.2% afirma que la población joven, se encuentra activa en cuanto a trabajo se refiere, convirtiéndose así en una fuerza económica familiar, no omitimos mencionar que el 41.3 % de la población son obreros, trabajando en diversas fuentes de trabajo.

La familia constituye, en su lado positivo, un recurso fundamental, en el mantenimiento de la salud de sus componentes y también en el cuidado y la resolución

de los problemas cuando algunos de ellos informa, pero también en su aspecto negativo, puede ser generadora de enfermedad y perpetuadora de síntomas, hábitos de vida inadecuados y conductas de salud erróneas, al analizar el tipo de estructura familiar de las familias de este consultorio, el 56.0% son familiares nucleares mismas que en cuanto a número de hijos, son familias pequeñas que pueden brindar mejores expectativas, así como mejores posibilidades de estudio, abrigo y alimentación a sus integrantes, el 27.5% son familias extensas.

En cuanto al ciclo vital la familia se encuentra periódicamente sometida a crisis, derivadas tanto de su propia estructura como del crecimiento y maduración de sus miembros por elementos externos, como la enfermedad o la muerte, de cómo resuelva la familia estos eventos dependerá su estabilidad y comportamiento futuros, las familias que actualmente se estudian el 47.5% se encuentra en fase de independencia, esto hará que en un breve tiempo los hogares queden sin hijos iniciando así la fase de retiro, un 30.8% de las familias se encuentran en fase de expansión.

En cuanto a los factores de riesgo la Diabetes Mellitus ocupa el 22.5% dato por demás importante ya que una proporción importante de personas la desarrolla antes de los 45 años de edad, situación que debe ser evitada. Por otra parte, la mortalidad por esta causa ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas, hasta llegar a ocupar el cuarto lugar dentro de la mortalidad general, así como de la mortalidad nacional, y admitiendo entonces que a nivel estatal ocupa el quinto lugar.(26)

El alcoholismo la más significativa de las toxicomanías de nuestros tiempos se encuentra entre los problemas médico sociales de mayor relevancia mundial, y sus efectos extraordinariamente tóxicos sobre la salud, y la sociedad, derivando efectos, psicológicos, biológicos, y socioeconómicos. En nuestros días, es un hecho incuestionable, que la salud es un fenómeno integral, determinado por las condiciones en que viven las familias, y esta por complejos, factores de carácter social. Por otro lado no debe omitirse que el Alcoholismo, en cuanto a factores de riesgo detectados en la familia representa el 13.0% hecho importante ya que los pacientes de este núcleo básico No. 2 provienen de las colonias con un índice importante de pobreza, (Colonia El Esfuerzo, Col. La Esperanza, Col. Insurgentes) sin olvidar que el 41.3% de la población son obreros con grandes posibilidades a esta adicción, esto en razón a las condiciones sociales de estas colonias.

La salud de una persona es un proceso altamente complejo y en evolución continua. Influyen sobre ella su legado genético, además de: la edad, hábitos adquiridos, la época, y niveles de bienestar del lugar donde habita, los servicios que recibe y otros múltiples sucesos inesperados que marcan su vida. El ejercicio desigual de los derechos relacionados con la salud, se ha originado al separar la población entre aquéllos que tienen derechos sociales perfectamente definidos, denominados “derechohabientes” y aquellos que son sujetos a asistencia social a continuación se enlistan las 10 principales causas de consulta a nivel nacional : 1.- Infecciones respiratorias Agudas 2.- Infecciones Intestinales, 3.- Infección de Vías Urinarias, 4, Ulceras, Gastritis, Duodenitis, 5.- Otitis Media Aguda, 6.- Amebiasis Intestinal, 7.-

Hipertensión Arterial, 8.-Gingivitis y enfermedades periodontal, 9.-Diabetes Mellitus no insulino dependiente, 10.- Otras Helminthiasis.

Merece mencionarse que en relación a la Morbilidad Nacional, este Centro de Salud tiene cierta semejanza con las patologías ya descritas, exceptuando la agresión canina que ocupa el cuarto lugar, como ya se menciona por las características propias de las colonias que integran este núcleo básico.

5.-CONCLUSIONES

Dada las características de la población, estudiada a través del instrumento CEFIF 4 es importante destacar el enfoque de riesgo, que debe realizar el Médico Familiar, los problemas de salud del consultorio de los cuáles ahora se tiene conocimiento, lo deben encauzar a realizar acciones de educación para la salud, un ejemplo de esto es el énfasis que el profesional de salud debe ejercer en sus pacientes femeninas para que el total de las mujeres de las familias atendidas acudan a realizarse examen la detección oportuna de Cáncer así como la exploración de mama, al enseñarles esta técnica ayudara al auto cuidado de la misma, mención especial merece la población infantil cuyas edades se encuentran entre 0 – 4 años de edad, ya que actualmente el programa de vacunación universal lleva un control estricto de cada niño que acude a la consulta externa, ofertando las vacunas, de BCG, SABIN, pentavalente, DPT, Triple viral, SR, afín de tener una niñez libre de estas enfermedades, es conveniente entonces en este rubro de edad, realizar actividades encaminadas a la salud del preescolar tales como

a).- Registro de peso y talla, esto de los 0 a 12 meses de edad, al igual que de 1 a 9 años con una frecuencia de cada dos meses, y a partir del año, se debe realizar cada año, administración de vitamina A, administración de hierro esto a partir del 4 mes de vida, desparasitación de 2 a 9 años de edad, esto dos veces al año, es necesario capacitar a la madre en los siguientes componentes, estimulación temprana, lactancia materna, prevención de muerte súbita, alimentación complementaria, integración del niño a la dieta familiar, esto al año de edad.

Por otro lado debe mencionarse que el 40.2% representa la población joven, de este consultorio, en tal razón es determinante realizar acciones que con lleven a preservar la salud de los jóvenes tales como:

- 1.- Educación para el cuidado de la salud:
 - a. Actividad Física
 - b. Accidentes y violencias
 - c. Salud bucal
 - d. Adicciones
 - e. Salud sexual
 - f. Adicciones
 - g. Salud sexual con enfoque de riesgo

Este tipo de acciones se deberá realizar cada vez que tenga contacto con los servicios de salud.

2.- Nutrición.

- a. Registro de peso y talla (detección de peso y talla)
- b. Desparasitación Intestinal
- c. Administración de Ácido Fólico (período preconcepcional durante el primer trimestre de la gestación)

3.- Prevención y Control de Enfermedades:

- a. Evitables por vacunación (SR adicionales, Toxoide diftérico, Hepatitis B)
- b. Enfermedades Prevalentes (VIH/SIDA) de transmisión sexual, así como dotación de condones) estas actividades se realizan a demanda, previa educación en sexo seguro)

4.- Detección de Enfermedades

- a. Defectos visuales, auditivos, y posturales.
- b. Trastornos depresivos

5.-Y por último Salud Reproductiva

- a. Incorporación a grupos de apoyo para fortalecer el desarrollo humano
- b. Promoción del uso de redes de apoyo
- c. Valoración del Riesgo reproductivo
- d. Promoción y otorgamiento de métodos anticonceptivos
- e. Valoración del riesgo obstétrico

El 34.7% de la población de este consultorio pertenece al sexo femenino cuyas acciones deben realizarse en la oportunidad que tengan las pacientes con su médico familiar, esto a través de las cuáles son las siguientes:

1.- Educación para el cuidado de la salud

- a. Actividad Física,
- b. Salud bucal
- c. Sexualidad
- d. Adicciones
- e. Accidentes y violencias,
- f. Incorporación a grupos de ayuda (sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, así como de hipertensión arterial)

2.- Nutrición

- a. Detección y control de sobrepeso, y obesidad
- b. Detección de anemia
- c. Administración de Sulfato Ferroso (administración de sulfato ferroso, así como administración de ácido fólico en las adolescentes y también en el periodo preconcepcional, y durante el primer trimestre de la gestación)

3.- Prevención y Control de enfermedades

- a. evitables por vacunación, SR, adicionales, Toxoide diftérico. Enfermedades prevalentes VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual, detección de

ceropositivos en caso de sospecha y embarazadas con factores de riesgo, dotación de condones.

4.- Detección de Enfermedades (Cáncer de mama, Cáncer cervicouterino, Diabetes Mellitus esto en riesgo ya sea por sobrepeso o por antecedentes de obesidad, Hipertensión Arterial, así como de trastornos depresivos.

5.- Salud Reproductiva:

- b. Valoración de riesgo reproductivo,
- c. promoción y otorgamiento de métodos anticonceptivos,
- d. Valoración de riesgo obstétrico y vigilancia prenatal,
- e. Educación a la pareja (de acuerdo a factores de riesgo reproductivo, de acuerdo a factores de riesgo obstétrico, Atención del climaterio, dicha actividad deberá realizarse una vez que se inicie el síndrome climatérico.

Debe mencionarse que el 23.1% corresponden a varones de 20 a 50 años de edad, motivo por el cual deben realizarse acciones que contribuyan a su salud, ya que quizá por su condición de varón son los que menos demandan de la consulta externa,

1.- Promoción de la Salud; a.- Educación para el cuidado de la Salud, (actividad física, Salud Bucal, Sexualidad, Adicciones, Accidentes y Violencias. Incorporación a grupos de ayuda sobrepeso, adicciones, violencia familiar, diabetes melitus, hipertensión arterial)

2.- Nutrición; (detección de sobrepeso y obesidad)

3.- Prevención y Control de Enfermedades (Evitables por vacunación, como SR, Toxoide Diftérico, Enfermedades Prevalentes, VIH/Sida. E infecciones de transmisión sexual, detección de ceropositivos en caso de sospecha, o con factores de riesgo, dotación de condones.

4.- Diabetes Mellitus (de los 30 a 45 años si n sobrepeso, obesidad o hipertensión arterial, a partir de los 30 años, o con factores de riesgo.5.- Salud Reproductiva: Promoción, participación y otorgamiento de métodos anticonceptivos, Educación a la pareja (de acuerdo a factores de riesgo reproductivo).

El 14.1% lo constituyen los adultos en plenitud de ambos sexos, que en estos momentos es un grupo pequeño, que por lo mismo debemos darle seguimiento a través de la consulta externa y con las siguientes actividades:

1.- Promoción a la Salud (actividad física, salud bucal, accidentes y violencias, sexualidad, Incorporación a grupos de autoayuda, violencia intrafamiliar, sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial, y trastornos depresivos.

2.- Nutrición (detección de sobrepeso y obesidad)

3.- Prevención y Control de Enfermedades:

- a. Evitables por vacunación antineumocócica, toxoide diftérico,
- b. Atención a la posmenopáusica con educación para la adherencia al tratamiento.

4.- Detección de Enfermedades (Cáncer de mama, Cáncer cervicouterino, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, y trastornos depresivos).Con lo anterior el gasto por concepto de medicinas, exceso de consulta, exámenes de laboratorio y gabinete se podrá reducir, se brindará al paciente y a su familia la oportunidad de modificar los factores de riesgo familiar que dependen del tipo de alimentación y estilo de vida.

La familia se ha constituido en un valioso objeto de estudio (para las ciencias sociales, la economía y una gran diversidad de ciencias) por otra parte, representa una gran riqueza para la observación y comprensión de los fenómenos sociales, económicos, demográficos y culturales. Actualmente, las funciones familiares se han visto modificadas en mayor o menor medida en un período relativamente corto, lo cual está relacionado con el ritmo de vida que exige la sociedad. En el caso de México las familias han tenido que protagonizar nuevos roles, frente a las políticas de ajuste macroeconómicas, que han sido aplicadas por los gobiernos federales, con el propósito de contrarrestar situaciones de crisis.

En tal razón las familias estudiadas se mantienen en familias nucleares donde el modelo se encuentra constituido por el padre, la madre y los hijos (56.6%) seguida por las familias extensas las cuales comparten lazos de afinidad, consanguíneos con otros miembros esto representa el 27.5% de las familias estudiadas, la continuidad de la atención es indispensable para dar seguimiento, a los problemas detectados, y a las acciones específicas orientadas a la atención integral del individuo y su familia, ya que no sólo es el encargado de otorgar el primer nivel de atención médica sino el coordinador de un equipo multidisciplinario para atención a la familia.

Por otro lado una vez que ya se han conocido los 10 principales motivos de consulta se está en condiciones de implementar acciones como pláticas encaminadas a la nutrición, hipertensión arterial, diabetes mellitus, alcoholismo, tabaquismo, mismas que están afectando a la comunidad en estudio, la formación de clubes con reuniones periódicas que permitan un control estricto del paciente y su familia, previamente sensibilizados y contando con diversas disciplinas tales como (nutrición, psicología, trabajo social, medicina interna, enfermería, por mencionar algunas de las muchas disciplinas, estas se convierten en piezas fundamentales para mejorar la salud de esta población en estudio, en razón que la población que actualmente se maneja es pequeña facilita las visitas domiciliarias, mismas que tendrán como objetivo dar un seguimiento a los pacientes tanto asistentes e inasistentes para brindarles mejores atenciones que los ubiquen en un punto importante para su salud, no se deben omitir instrumentos valiosos que actualmente el médico familiar tiene a su disposición, tales como el diagnóstico de salud, tarjeteros de planificación familiar, tarjetero de diabetes mellitus, tarjetero de hipertensión arterial, tarjetero de la embarazada (embarazo, parto y puerperio) tarjetero del menor de cinco años, tarjetero del paciente obeso, tarjetero del paciente tuberculoso, no debemos pasar por alto la libreta de citas, misma que permite al médico conocer con antelación al paciente que le tocara atender en tiempo y forma, así como buscar previamente los documentos soportes para su atención, y la programación de la próxima cita.

Esta investigación pretende brindar un panorama general en el micro escenario del consultorio en que se aplicó, de las características de la población que se atiende en el núcleo básico, para identificar los problemas de salud que se presentan, establecer prioridades y evaluar la instauración o modificación de los programas existentes, así como sembrar la inquietud para que se realicen otras investigaciones al respecto y se optimice el manejo del expediente clínico con la utilización de

instrumentos de evaluación familiar, y suficientemente apto para su aplicación en la práctica diaria del Médico Familiar.

BIBLIOGRAFIA

1. Irigoyen CA. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. México, 2001 pp: 113 - 114.
2. Irigoyen CA, Morales LH. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. MOSAMEF Cap.11. En: Irigoyen CA. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar Ed. Medicina Familiar Mexicana. México 1999 P: 154-169.
3. McDonald JJ: Primary Health Care, Medicine in his place. Earthscan Publications. Ltd. London 1993.
4. Vuori H: Health for all, Primary Health Care and General Practitioners JR Coll Gen Pract 1966; 36:398-402.
5. OMS, UNICEF. Alma Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata. URSS, 6-12 Septiembre 1978 OMS, Ginebra 1978.
6. Martín ZA, Cano PJF. Manual de Atención Primaria. Organización y Pautas en la Actualización en la Consulta. Edit. Doyma 2da Edición. 1994 Barcelona Cap.3 pp: 34-47.
7. Zervanos NJ. A century of medical educational reform: family practice a specialty whose time has come. Fam Med 1996; 28:144-146
8. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. NEJM 1961; 265:885-92.
9. La Educación Médica Continua en el ISSSTE. Gac Med Méx 1994; 130 (Sup.3): 21-22.
10. Gallo Vallejo FJ, Altisert TR, Díez EJ. Perfil profesional del médico de familia. Aten Primaria 1999; 23(4):236-246.
11. OMS. De Alma-Ata al año 2000. Reflexiones a medio camino. Ginebra 1991.
12. Gómez CFJ, Irigoyen Coria A, Ponce Rosas ER (compiladores). Elementos Esenciales de la Medicina Familiar. Conceptos Básicos para el estudio de las familias. Código de Bioética en Medicina Familiar. 1ª. Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones de Salud. Arch Med Fam 2005; 7(S1):S13-S32.
13. Irigoyen CA, Morales CH. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. MOSAMEF CAP II En Irigoyen CA. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar Ed. Medicina Familiar Ed. Medicina Familiar Mexicana. México, 1999, pp:154-169.
14. Idarmis González Benítez. Crisis Familiares. Rev. Cubana. Med Gen Integral 2000; 16(3): 270-276.
15. WONCA (World Organization of family the role of the General Practitioners Family Physicians in Health Care Systems, 1991; 16(1):5-6.
16. Martínez HA. Aplicación del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF) en el micro escenario. Curso de Especialización en Medicina Familiar. Facultad de Medicina, UNAM, México 2005, p: 6-8.
17. Buitrago F, Lozano ML. Formación Continuada en el equipo de atención primaria. Aten. Primaria 1995; 16: 123-124.
18. Sidney LK. APOC. Grupo de Trabajo en Atención Primaria orientada a la comunidad. En: Turabian. Cuadernos de atención primaria orientada a la comunidad. Edit. Díaz de Santos, España 2005. pp. 1-3.

19. Irigoyen -Coria A, Gómez-Clavelina FJ, Nonega GR, Hernández TI, Arteaga AG, Granier GE, Castro CJ. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. 5ta. Edición. México: Medicina Familiar Mexicana 1998; pp:151-174.
20. Medina C, Lomeli GL, Irigoyen Coria A. Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar: Estrategias para la formación de recursos humanos para la salud en Nayarit. México. Arch Med Fam 2000; 2(2):41-46.
21. Irigoyen-Coria A, Gómez Clavelina FJ. El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: ¿Piedra de Rosetta para la Medicina Familiar? Arch Med Fam 2000; 2(1):5-9.
22. Estabanell-AMP, Uriel PJA, Martín MV, García PL, Alçora CE, Córdoba GR. Actuación derivada de la aplicación de un programa de actividades preventivas Atención Primaria. Aten Primaria 1992; 10:539-542
23. Hennen BK. Continuity of Care. En: Shires D, Hennen B. Family Medicine A, Guidebook, for practitioners of the art. Mac-Graw Hill. USA, 1969. pp:3
24. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. NEJM 1961; 265:885-92.
25. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ava. Asamblea General Edimburgo, Escocia. Octubre 2000.